

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

368

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 29 Juillet 1892, à 1 heure*

Par ARMAND-J.-BAPTISTE ROGUES DE FURSAC

Né à Panazol (Haute-Vienne), le 29 Janvier 1863

Ancien interne des hôpitaux de Paris

## TRAITEMENT

DE LA

## RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

(MALADIE DE DUPUYTREN)

## PAR L'AUTOPLASTIE

(MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE)

*Président* : M. TILLAUX, professeur.

*Juges* { MM. MARC SÉE, agrégé.  
JALAGUIER et RICARD, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892



368



Année 1892

# THÈSE

N°

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 29 Juillet 1892, à 1 heure*

Par ARMAND-J.-BAPTISTE ROGUES DE FURSAC

Né à Panazol (Haute-Vienne), le 29 Janvier 1863

Ancien interne des hôpitaux de Paris

### TRAITEMENT

DE LA

## RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

(MALADIE DE DUPUYTREN)

### PAR L'AUTOPLASTIE

(MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE)

*Président* : M. TILLAUX, professeur.

*Juges* } MM. MARC SÉE, agrégé.  
JALAGUIER et RICARD, agrégés.

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

**Doyen**..... M. BROUARDEL.

**Professeurs**..... MM.

|                                                                    |               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.     |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHT.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.  |
|                                                                    | { DEBOVE.     |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.       |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils.....                                       | TILLAUX.      |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.      |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | HAYEM.        |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.       |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBÈNE.   |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.       |
| Clinique médicale.....                                             | { SEE (G.).   |
|                                                                    | { POTAIN.     |
|                                                                    | { JACCOUD.    |
|                                                                    | { PETER.      |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.     |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | FOURNIER.     |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | BAILL.        |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | CHARCOT       |
|                                                                    | { VERNEUIL.   |
|                                                                    | { LE FORT.    |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { DUPLAY.     |
|                                                                    | { LE DENTU.   |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.        |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.        |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { TARNIER.    |
|                                                                    | { PINARD.     |

*Professeurs honoraires* : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

## Agrégés en exercice.

| MM.         | MM.         | MM.                  | MM.                  |
|-------------|-------------|----------------------|----------------------|
| BALLET.     | FAUCONNIER. | MAYGRIER.            | TRIBEMONT-DESSAIGNES |
| BAR.        | GILBERT.    | NÉLATON.             | RICARD.              |
| BLANCHARD.  | GLEY.       | NETTER.              | ROBIN (Albert).      |
| BRISAUD.    | HANOT.      | POIRIER, Chef des    | SCHWARTZ.            |
| BRUN.       | HUTINEL.    | travaux anatomiques. | SEGOND.              |
| CAMPENON.   | JALAGUIER.  | QUENU.               | TUFFIER.             |
| CHANTEMESSE | KIRMISSON.  | QUINQUAUD.           | VILLEJEAN.           |
| CHAUFFARD.  | LETULLE.    | RETERER.             | WEISS.               |
| DEJERINE.   | MARIE.      | REYNIER.             |                      |

*Secrétaire de la Faculté* : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAITEMENT  
DE LA  
RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE  
(MALADIE DE DUPUYTREN)  
PAR L'AUTOPLASTIE  
(MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE)



AVANT-PROPOS

Pendant notre dernière année d'internat, que nous avons passée à l'hôpital St-Louis, dans le service du D<sup>r</sup> Péan, nous avons pu, sous la bienveillante direction de notre éminent maître, tenter la cure radicale de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la méthode autoplastique italienne modifiée.

Avant de publier notre observation nous avons voulu attendre qu'il se soit écoulé un intervalle suffisant pour pouvoir apprécier quelle serait l'œuvre du temps, et enregistrer les résultats éloignés de notre opération.

Après une année d'observation, il nous semble que nous pouvons considérer comme atteint le résultat définitif, comme bien minimes

les chances de récidence : c'est ce qui nous a décidé à faire de notre observation le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant de commencer, nous sommes heureux de rendre un juste hommage à nos maîtres dans les hôpitaux.

M. Nicaise et le professeur Lannelongue furent nos maîtres pendant notre externat. Nous ne saurions trop nous féliciter d'avoir été à une aussi bonne école.

M. le Dr Gouguenheim fut notre premier maître dans l'internat, qu'il reçoive tous nos remerciements.

M. le Dr Lucas-Championnière a bien voulu nous initier à son excellente méthode antiseptique.

Nous ne saurions trop apprécier tous les services qu'il nous a rendus.

Qu'il nous permette de l'assurer ici de notre profonde gratitude.

Le professeur Tillaux, dont nous sommes fier d'avoir été l'interne, nous a donné, en acceptant la présidence de notre thèse, une preuve nouvelle de l'intérêt dont il a bien voulu toujours nous honorer.

Nous avons terminé notre internat chez M. le Dr Péan. L'honneur d'avoir été le disciple d'un maître aussi éminent nous fait un devoir bien doux de lui garder une profonde reconnaissance.

Nous garderons un excellent souvenir de tous nos maîtres de Limoges qui nous ont guidé dans les premiers pas de notre carrière médicale.

---

Le 23 juin 1891, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, n° 12, dans le service de notre maître, le D<sup>r</sup> Péan, un malade atteint d'une double rétraction de l'aponévrose palmaire. L'affection était parvenue à un degré si avancé, les fonctions de la main étaient à un tel point compromises, que le malade réclamait avec instance une intervention chirurgicale.

M. Péan, à qui une longue expérience avait démontré le peu de valeur des opérations pratiquées dans la maladie de Dupuytren et les récurrences presque fatales qui les accompagnent, se montra peu disposé d'intervenir.

C'est alors que nous lui fîmes part du projet de tenter la guérison de ce malade par un procédé, qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été appliqué ; nous voulons parler de l'autoplastie par la méthode italienne.

Avant d'aborder l'étude de ce procédé opératoire et de ses indications, nous allons mettre immédiatement sous les yeux du lecteur l'observation détaillée de notre malade :

OBSERVATION (personnelle et inédite). — Le nommé L..., Alfred, âgé de 49 ans exerce la profession de cordonnier. Son père est mort à l'âge de 60 ans de rétention d'urine ; sa mère vivante jouit d'une bonne santé.

On note l'existence d'antécédents gouteux chez la grand'mère paternelle. Cinq enfants dans la famille dont un frère mort de pleurésie à l'âge de 5 ans et une sœur à l'âge de 28 ans de pleurésie purulente.

Personnellement il n'a jamais été malade. Le début de la maladie paraît remonter à l'année 1871. Le malade remarqua à cette époque la formation de callosités, de durillons à la paume de la main droite ; la

souplesse normale de la peau ne tarda pas à faire place à des épaississements douloureux qui commençaient à gêner le malade.

Bientôt cet ouvrier, dont les doigts étaient habituellement fléchis pendant son travail, fut dans l'impossibilité de les étendre : la flexion permanente et pathologique commença par le petit doigt de la main droite pour gagner progressivement l'annulaire et le médius.

Au mois de janvier 1891, l'affection envahit la main gauche, débutant également par le petit doigt pour s'étendre ensuite progressivement à l'annulaire et au médius.

L'affection progressant toujours, les doigts des deux mains ne tardèrent pas à s'infléchir dans la paume de la main à un degré tel que le malade se vit obligé d'abandonner son métier de cordonnier pour prendre l'état de maçon. En effet ses doigts s'embarrassaient et il ne pouvait lâcher ses outils qui s'accrochaient constamment à son petit doigt fléchi.

A son entrée dans le service nous constatons l'existence d'une double rétraction de l'aponévrose palmaire.

Main droite : Le pouce est normal, il jouit de tous ses mouvements.

L'index est légèrement fléchi dans toutes ses articulations.

Le médius présente une flexion peu prononcée à la première phalange mais plus accentuée à la dernière.

L'annulaire est infléchi profondément, au point que l'extrémité digitale n'est éloignée que d'un centimètre à peine de la paume de la main. Mais c'est surtout au niveau du petit doigt qu'on observe l'attitude vicieuse à son maximum. La première phalange est fortement fléchie, la seconde et la troisième viennent s'arc-bouter complètement dans le creux de la main.

La peau examinée au niveau de la paume de la main présente des lésions très avancées : elle est rugueuse, épaissie, elle présente des dépressions et des saillies ; les dépressions sont constituées par une sorte de capitonnage analogue à l'aspect particulier que présente le squirrhe atrophique du sein. Les saillies en nombre variable sont disposées, les unes sans ordre, dissimulées sur tout le creux de la main, mais principalement à la place qu'occupent normalement les durillons, c'est-à-dire directement au-dessus des plis de flexion de la première phalange des doigts ; les autres situées parallèlement aux fibres longitudinales de l'aponévrose palmaire, sont surtout marquées au niveau du petit doigt et de l'annulaire.

La pression au niveau de ces callosités réveille une vive douleur ; si on cherche à plisser la peau, on voit facilement qu'elle a perdu toute sa souplesse, et qu'elle a contracté de fortes adhérences avec les parties profondes.

Les mouvements volontaires des doigts sont très limités ; nuls pour le petit doigt qui reste infléchi sans jouir du moindre mouvement d'extension ; ils sont très restreints pour l'annulaire et le médus, presque normaux pour l'index et le pouce.

Si on cherche à les étendre, on s'aperçoit que le petit doigt est immobilisé complètement dans toutes ses articulations ; en le tirant fortement en arrière on détermine une exagération de la corde rigide aponévrotique, qui fait saillie dans la paume parallèlement à son tendon.

L'annulaire et le médus peuvent être étendus dans une limite très restreinte.

Dans ces mouvements d'extension forcée, apparaissent également des brides fibreuses, courant dans le creux de la main depuis la base des premières phalanges jusqu'à la racine de l'éminence thénar.

L'examen des phalanges et de leurs articulations révèle la présence de lésions très avancées du côté des têtes osseuses et de l'appareil glénoïdien : ce sont des épaisissements péri-articulaires des parties molles, des déformations osseuses sous forme de nodosités présentant tous les caractères des lésions de l'arthrite sèche. Les mouvements communiqués déterminent la production des craquements articulaires caractéristiques. La peau qui recouvre la face dorsale des phalanges est lisse, amincie, collée pour ainsi dire sur les os, adhèrent fortement aux parties profondes sur lesquelles elle n'est plus mobile.

*Main gauche.* — Les lésions et les déformations d'un âge moins avancé sont néanmoins considérables : on constate que le petit doigt par où a débuté l'affection est fortement infléchi dans la paume de la main quoique à un degré moindre que son congénère. Le médus et l'annulaire sont également fléchis dans toutes leurs articulations, le premier à un degré moindre que le second. Le pouce et l'index ne présentent rien d'anormal. La peau présente aussi les mêmes altérations que celles que nous avons rencontrées sur la main droite : c'est toujours les mêmes dépressions, les mêmes épaisissements, les mêmes traînées de sclérose d'une dureté considérable, siège de douleurs à la

pression et de gêne dans les fonctions de l'organe. C'est toujours la présence de brides dures et saillantes au niveau et le long des fibres longitudinales de l'aponévrose palmaire. On constate également ces nodosités péri-articulaires, ces craquements, cet état lisse de la peau, cette dureté et cette adhérence aux parties profondes qui constituent tout le cortège des manifestations de l'arthrite sèche.

Voilà les lésions que nous pûmes relever au niveau des mains. Mais ce n'était pas tout.

Une autre particularité intéressante nous fut [révélée par l'examen des organes génitaux : Le malade attira notre attention de ce côté en nous racontant que depuis trois ans tout rapprochement sexuel était devenu impossible à cause des douleurs très violentes qui accompagnaient fatalement les érections. Nous pûmes constater une véritable transformation scléreuse, occupant la moitié postérieure des corps caverneux, sous forme d'une masse dure, ligneuse, dont la présence déterminait une déformation, une coudure de la verge, au moment de l'érection. Le malade ne passait pas de nuit sans être fortement incommodé par ces érections douloureuses qu'il cherchait à calmer par des affusions d'eau froide.

En présence de lésions aussi étendues et aussi profondes, pouvait-on songer à recourir à un des nombreux procédés connus jusqu'alors pour obtenir la cure radicale de la maladie de Dupuytren. Évidemment non ; en effet, l'état particulier de la peau, sa raideur, son adhérence et sa fusion avec les parties profondes, la transformation scléreuse de tout le derme qui avait fait du revêtement cutané, une véritable plaque de blindage immobilisant les doigts en attitude vicieuse et opposant un obstacle invincible au redressement des doigts ; l'existence de lésions aussi complexes rendait illusoire toute tentative d'intervention par les procédés habituels.

En outre, l'inflexion profonde du petit doigt dans le creux de la main, l'ankylose absolue de toutes ses articulations paraissaient

commander une opération complémentaire ; il faudrait probablement au cours de l'opération, procéder à l'amputation d'un doigt dont le redressement paraissait impossible et dont la conservation aurait gêné considérablement les fonctions de la main.

Devant toutes ces considérations nous résolûmes d'exciser tous les tissus malades : peau, tissu cellulaire sous-cutané et aponévrose, pour leur substituer, en l'empruntant à une région éloignée, une peau saine, souple, dont la composition se rapprochât le plus de celle de la région malade.

Nous décidâmes d'appliquer d'abord notre traitement à la main gauche.

OPÉRATION, 15 juillet 1891. — Le malade est soumis à la chloroformisation. L'asepsie de la main est réalisée au moyen d'un premier lavage au savon, suivi d'un nettoyage minutieux à l'éther, et finalement d'un bain de dix minutes à la solution de sublimé à 1/1000.

Les mêmes précautions sont prises sur le thorax où nous avons décidé d'emprunter le lambeau, au niveau du troisième espace intercostal du côté gauche.

Après avoir isolé le champ opératoire par l'enveloppement à l'aide de compresses bouillies dans la solution de sublimé à 1/1000, on procède à l'application de la bande d'Esmark.

PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE. — On procède alors à la dissection du lambeau palmaire comprenant toute l'étendue de la peau malade. Il a la forme d'un triangle à bords irréguliers, dont la base suit la ligne de flexion des premières phalanges des trois derniers doigts, dont le sommet se trouve reporté à la partie supérieure du creux de la main, dans le sinus formé par l'adossement des éminences thénar et hypothénar. Le côté interne court le long de l'éminence hypothénar, légèrement convexe en dedans ; le bord externe suit la ligne inter-métacarpienne du deuxième espace, pour aller rejoindre le sommet du triangle en empiétant d'un centimètre sur la masse des muscles du pouce. La largeur du lambeau ainsi taillé, est dans sa partie moyenne de 5 centimètres et demi ; ses dimensions dans le sens vertical sont de six cent. et demi.

La taille du lambeau palmaire achevée, avant de poursuivre la dissection, nous appliquons un morceau de taffetas à son niveau afin de prendre les mesures que nous devons donner à notre lambeau d'emprunt.

Pour nous rendre un compte exact des lésions cutanées, du degré d'adhérence de la peau à l'aponévrose sous-jacente, au lieu de tailler d'emblée un lambeau épais comprenant tous les tissus, y compris l'aponévrose, nous cherchons à disséquer la peau isolément.

Mais ce que l'examen clinique nous avait révélé : à savoir l'union intime de la peau et des tissus sous-jacents, fût entièrement confirmé par cette dissection.

On put constater qu'il y avait une fusion complète du derme, une transformation scléreuse du tissu cellulaire sous-cutané, et que des adhérences très épaisses reliaient la face profonde de la peau à l'aponévrose. Ces brides fibreuses, par leur rétraction, avaient déterminé cet état spécial de la peau, dit en capitonnage, et la formation de dépressions au fond desquelles elles s'inséraient. Cette sorte de dermite scléreuse était à un tel point prononcée qu'il fut impossible en certains endroits de disséquer la peau sans la déchirer, la dilacerer, et qu'au lieu d'avoir un lambeau cutané complet, ce ne fut qu'un assemblage de fragments scléreux excisés avec beaucoup de difficultés.

Si nous insistons sur ce point, c'est pour démontrer combien aurait été difficile, sinon impossible, l'application du procédé de Trélat, le seul procédé, qui eut pu apparemment être appliqué à notre cas.

Ce premier temps de l'opération achevé, des tentatives de redressement furent pratiquées, mais sans succès : la résistance opposée par les tissus sous-cutanés et par l'aponévrose palmaire rétractée, ne permirent pas le moindre degré d'extension des doigts.

DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. — *Dissection du lambeau aponévrotique.* — La peau une fois détachée et libérée des tissus profonds, on procède à la dissection d'un lambeau aponévrotique, dont les dimensions égalaient celles du lambeau cutané. La désinsertion se fit de haut en bas, de la pointe du triangle à sa base, en rabattant au fur et à mesure à la façon d'une charnière. Ce temps opératoire fut d'une exécution délicate. Il fallait à tout prix ménager tous les organes importants du creux de la main ; vaisseaux, nerfs et tendons.

La délimitation nette de la couche grasseuse sous-aponévrotique, et

de la face profonde de l'aponévrose palmaire facilita beaucoup l'opération, jusqu'au niveau de la base des phalanges. Mais en cet endroit, la fusion des parties, la dureté considérable des tissus fibreux, l'adhérence intime de la couche de sclérose avec l'appareil tendineux, nous obligèrent à redoubler d'attention pour éviter une dénudation des tendons fléchisseurs.

Ce triangle aponévrotique une fois enlevé, des tentatives de redressement furent pratiquées. Le médius et l'annulaire furent mis dans un état d'extension forcée; mais il n'en fut pas de même pour le petit doigt dont l'ankylose complète des articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes, mirent un obstacle invincible à la réduction. Il n'y avait pas à songer à une résection cunéiforme dans la continuité de l'organe; l'amputation d'un doigt inutile, jugée nécessaire, fut pratiquée sur le champ. La gaine synoviale des tendons fléchisseurs du petit doigt fut oblitérée au moyen de deux points de catgut.

TROISIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. — *Taille du lambeau d'emprunt.* — Après avoir fait une toilette minutieuse de la région, sur la paroi thoracique, du côté gauche, à la hauteur du troisième espace intercostal, on dessine un lambeau dont les dimensions dépassent d'un tiers celles de la surface d'avivement. Sa forme est celle d'un triangle à bords émoussés dont la pointe regarde l'aisselle, dont la base est tournée vers la ligne médiane, du côté du sternum; sa direction est perpendiculaire à l'axe vertical de cet os. Une fois détaché, il pourra osciller de gauche à droite autour de son pédicule à la façon d'une charnière.

La peau à cet endroit est absolument lisse, glabre, conditions indispensables pour qu'elle puisse être substituée à celle de la région palmaire.

La dissection de ce lambeau thoracique est pratiquée suivant les préceptes indiqués par M. le Dr Berger, professeur agrégé, dans une communication faite au Congrès français de chirurgie de 1889. Dans la taille du lambeau on comprend non seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire et le pannicule graisseux sous-cutané jusqu'au fascia superficialis inclusivement.

En approchant de la partie qui est destinée à former le pédicule, on entame un peu l'aponévrose, dans le but de ménager les vaisseaux qui, nés des parties profondes, serviront à irriguer la peau du lambeau. Quelques artérioles donnent un peu de sang : des pinces hémostatiques

appliquées pendant cinq minutes suffiront à assurer l'hémostase, sans qu'il y ait des ligatures à faire.

On fait aussitôt la réunion de la plaie d'emprunt ; après avoir étanché minutieusement la surface cruentée, on applique douze points de suture à l'aide de crins de Florence. Il ne reste plus qu'à procéder au quatrième temps de l'opération. Auparavant on a eu soin d'assurer l'antisepsie de la ligne de suture en recouvrant les parties de compresses au sublimé, pour éviter tout contact malpropre pendant les manipulations nombreuses que nécessitera le dernier temps de l'opération.

QUATRIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. — *Approche du lambeau et suture.* — A ce moment de l'opération, il était nécessaire de faire pousser à fond la chloroformisation, car un mouvement intempestif de la part du malade pourrait faire lâcher la ligne de suture et être la cause de graves inconvénients.

C'est la partie de l'opération qui nécessite le plus de temps et beaucoup de soins.

Avant d'aller plus loin, on applique à plusieurs reprises le lambeau d'emprunt sur la surface avivée, pour se rendre un compte exact de l'adaptation des surfaces.

Nous avons été obligé d'ébarber en plusieurs endroits les contours du lambeau avant d'obtenir une coaptation parfaite. En outre, comme l'épaisseur de notre lambeau était trop grande, comparativement à l'entaille palmaire, pour permettre une application plus parfaite, il fut nécessaire d'abraser le pannicule graisseux pour réduire les bords et assurer une bonne ligne de suture.

Ceci fait, on fait basculer le lambeau thoracique autour de son pédicule, comme axe, dans le but de ramener en avant sa surface cruentée ; de telle façon que la pointe vienne correspondre à gauche de la ligne sternale, à la pointe du triangle palmaire.

L'affrontement fut pratiqué à l'aide de crins de Florence : 25 points de suture. Toujours en nous guidant sur les idées de M. Berger, nous fîmes les sutures très rapprochées les unes des autres, dans le but de permettre une coaptation aussi parfaite que possible, et de favoriser la nutrition périphérique du lambeau. Ajoutons que nous avons commencé par assurer le maintien des surfaces en rapport, en faisant des sutures très espacées sur tout le pourtour du lambeau.

CINQUIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. — *Pansement et application d'un appa-*

*reil contentif.* — Les sutures achevées, on procède à la toilette de la région, la main étant tenue solidement appliquée par un aide, de façon à éviter toute espèce de tiraillement du lambeau.

On glisse dans les espaces interdigitaux des lames de gaze iodoformée, pour isoler les doigts les uns des autres.

De petits coussins faits d'ouate stérilisée, entourés d'une enveloppe de gaze iodoformée, sont interposés entre la face antérieure du poignet qui regarde la paroi thoracique, d'une part, et la base du pédicule, d'autre part. Cette mesure est indispensable pour éviter un aplatissement trop considérable du pédicule, dont la nutrition pourrait être ainsi compromise.

Puis on procède à l'application du bandage.

Préalablement, les creux axillaires ont été garnis de coussins d'ouate, toute la poitrine enveloppée de feuilles épaisses d'ouate. A l'aide de bandes de tarlatane, de six mètres de long sur 12 centimètres de largeur, roulées et bien imbibées de plâtre, on confectionne une cuirasse solide qui emprisonne le bras et le maintient appliqué en bonne position sur le devant de la poitrine. Des bretelles de même nature sont passées sur les deux épaules pour compléter l'appareil.

SUITES OPÉRATOIRES. — Le soir de l'opération, le malade ressentit quelques douleurs au niveau de la plaie, et un peu de gêne dû à la nouvelle position.

Malgré une piqûre de morphine, il ne reposa qu'imparfaitement. Température 38°,1.

15 juillet. Le lendemain le malade ne se plaignit pas trop. Température 37°,6.

Le 16, et les jours suivants. La température devient normale pour rester ainsi jusqu'à la fin.

Le 28. Le malade, qui jusqu'alors avait fait preuve d'une grande patience, se plaint beaucoup d'être gêné par l'appareil ; sa position devient intolérable.

Nous attendons cependant, vu l'absence de réaction fébrile, et de symptômes généraux jusqu'au 30 juillet pour changer le pansement et procéder à la section du pédicule.

Le 30. Le quinzième jour après l'opération, section du pédicule : l'état des parties est très satisfaisant ; la plaie d'emprunt est réunie par première intention et le lambeau paraît souple et très vivant.

Comme nous avions affaire à un malade très vigoureux et d'une grande résistance à la douleur, nous ne jugeâmes pas à propos de renouveler la chloroformisation.

Notre maître, M. le Dr Péan, pratiqua lui-même à l'aide d'une forte paire de ciseaux bien affilés la section du pédicule. A ce moment un jet de sang artériel d'une grande force nous donna la quasi-certitude que le lambeau était vivace, et qu'il avait été nourri largement par sa base d'implantation.

La main une fois libérée de ses attaches à la poitrine, nous pûmes constater que le lambeau était vivant dans sa totalité : la ligne de suture était seulement interrompue en quelques endroits où les fils avaient coupé, et où on remarquait un peu de sphacèle limité uniquement aux lèvres de la plaie.

La couleur du lambeau était d'un rouge violacé, par endroits ; mais c'étaient là des lésions superficielles, limitées à l'épiderme et aux couches superficielles du derme.

La vitalité de la greffe nous parut suffisante pour nous autoriser à tenter la réunion immédiate du pédicule après avivement de la surface palmaire. Nous fûmes obligé d'ébarber la base du pont d'implantation, qui faisait une saillie trop considérable. Six points de suture furent ainsi placés pour assurer la réunion.

Les doigts, médius, annulaire, et index qui n'avaient pu être maintenus en extension pendant le temps qui s'était écoulé depuis le jour de l'opération jusqu'au moment de la section du pédicule, furent étendus avec douceur et maintenus par une attelle palmaire.

Pendant ce temps-là, la réunion de la plaie pédiculaire thoracique fut pratiquée aux crins de Florence. Pansement iodoformé.

Les jours suivants, le pansement fut renouvelé tous les trois jours. Les fils à suture furent enlevés à des époques différentes suivant les indications. La réunion fut parfaite, sauf au niveau de trois points de suture, où, sur une étendue de trois centimètres environ, la cicatrisation eut lieu par bourgeonnement.

Le malade sortit le 19 septembre et partit pour Vincennes.

A sa sortie, la main présentait les particularités suivantes :

Le lambeau mesurait transversalement à sa partie moyenne, 5 centimètres, et dans son plus grand diamètre vertical, 6 centimètres. Le re-

lief qu'il formait au-dessus des parties voisines était minime et on pouvait prévoir qu'à bref délai il aurait complètement disparu.

Sa couleur était d'un blanc rosé : on constatait qu'il jouissait d'une grande souplesse sur les tissus profonds. Mais il était encore insensible.

Le pouce et l'index avaient conservé la totalité de leurs mouvements de flexion et d'extension.

Le médius et l'annulaire pouvaient être étendus presque complètement. Mais la flexion dans la paume de la main était incomplète. Le malade pouvait saisir et retenir les objets d'un certain volume : mais il lui était impossible de garder des objets plus petits, un porte-plume par exemple.

On constatait une raideur dans les articulations phalangiennes due aux lésions d'arthrite sèche que nous avons signalées au début ; raideur contre laquelle il importait de diriger un traitement approprié. Nous prescrivîmes un massage quotidien de dix minutes et des exercices d'assouplissement de flexion et d'extension des phalanges. D'ailleurs le malade n'accusait aucune souffrance.

Le 22 décembre 1891, nous revîmes le malade. A cette époque, son état était le suivant : le lambeau s'était affaissé, au point d'être au même niveau que les parties voisines ; il avait conservé toute sa souplesse et acquis la sensibilité à tous les modes.

On constata une amélioration notable au point de vue de la flexion des doigts médius et annulaire. Leur extension se fait sans difficulté ; dans les mouvements forcés d'inflexion vers la paume de la main, l'extrémité digitale ne reste éloignée de la paume que d'un centimètre environ. Le malade peut saisir des objets de plus en plus petits. Il y a toujours une raideur notable au niveau des articulations phalangiennes. Le massage est continué.

Le 20 mai, le malade revient nous voir. L'amélioration continue et il se trouve satisfait du résultat. Nous nous promettons de lui faire prochainement l'opération à la main du côté opposé.

Avant d'aller plus loin, nous ferons remarquer le fait qui ressort nettement de notre observation, à savoir : un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire déclarée inopérable par toutes

les méthodes connues jusqu'alors, a pu recouvrer la fonction de la main grâce à l'autoplastie par la méthode italienne modifiée.

Il n'y avait pas de récurrence constatée au bout de 12 mois.

Avant d'aborder l'exposé des indications de cette méthode, qu'il nous soit permis de revenir sur certaines particularités de notre observation, qui constituent les facteurs importants du problème à résoudre quand on se trouvera en présence d'un sujet atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire.

C'est d'abord l'âge du sujet : nous voyons que notre malade avait 49 ans ; que par conséquent, il était à une période de la vie où les opérations d'une certaine gravité ne sont pas contre-indiquées. Comme il était d'une constitution robuste, indemne de toute tare héréditaire ou acquise, il se trouvait dans les meilleures conditions pour résister à un traumatisme sérieux. Il y avait aussi à noter deux autres points importants : d'une part, l'état avancé des lésions des parties molles de la paume de la main, la fusion intime de la peau avec les parties sous-jacentes, cette dermite profonde qui avait transformé et fusionné en un tissu de sclérose d'une dureté caractéristique, toutes les parties molles qui recouvre la loge vasculaire du creux de la main.

D'autre part, les troubles de nutrition dont les manifestations articulaires et osseuses étaient considérables au niveau des articulations phalangiennes et phalango-métacarpiennes des doigts ; enfin, l'état d'impotence absolue où se trouvait le sujet, l'impossibilité pour lui de gagner sa vie et la demande expresse qu'il formulait au sujet d'une opération ; telles sont les considérations sur lesquelles nous nous sommes basés pour tenter une intervention nouvelle dont nous étudierons plus loin les indications.

## **Coup d'œil sur les méthodes employées dans le traitement de la maladie de Dupuytren.**

Tous les nombreux procédés qui ont été employés pour la cure de la rétraction de l'aponévrose palmaire, peuvent être ramenés à deux grandes classes :

Les procédés à ciel ouvert ;

Les procédés sous-cutanés.

### **PROCÉDÉS A CIEL OUVERT :**

1° Dupuytren ; 2° Goyraud d'Aix ; 3° Richet ; 4° Bush ; 5° Lannelongue.

### **PROCÉDÉS SOUS-CUTANÉS :**

1° Astley Cooper ; 2° Adams-Noble Smith ; 3° Trélat.

Dans nos recherches bibliographiques, il nous a été impossible de trouver des cas où la méthode par autoplastie ait été utilisée.

Ce n'est pas que l'idée d'une pareille tentative ne fût pas venue aux différents opérateurs, mais personne ne l'avait mise en exécution. On s'était contenté d'émettre l'hypothèse pour la rejeter aussitôt, chacun pour des raisons différentes.

M. le professeur Tillaux dans son *Traité de clinique chirurgicale* s'exprime en ces termes :

« On a conseillé, ce qui est très rationnel, d'interposer un lambeau entre les lèvres de la plaie : mais il me paraît difficile de trouver dans la région une étoffe suffisante. »

On ne voit pas trop, en effet, où l'on pourrait trouver à la main, quand il s'agit de remplacer une grande partie du tégument palmaire, une quantité de peau suffisante pour recouvrir les surfaces avivées. Il n'y a pas à y songer ; la face dorsale seule pourrait fournir l'étoffe : mais alors ce serait une peau trop fine, trop fragile, insuffisamment matelassée à sa face profonde, pour pouvoir être substituée au revêtement de la paume de la main.

Pour Trélat, comme la chose est indiquée dans ses cliniques, le procédé autoplastique ne donnerait *sans doute* pas de bons résultats.

M. Michel Gangolphe, dans un article publié dans le *Lyon médical* du 27 décembre 1891, sur le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par les sections multiples sous-cutanées, tient à peu près le même langage : « Aucune méthode, dit-il, ne peut avoir la prétention de guérir radicalement cette affection. Sans doute on pourrait songer à l'ablation des parties sclérosées et à la greffe par la méthode italienne modifiée. Mais c'est une opération d'une certaine gravité ; or, souvent nous avons affaire à des vieillards : et quelle peau pourrait remplacer celle de la main ? » Et plus loin : « on ne peut songer à l'extirpation des parties malades, il faudrait enlever le tiers de la peau et de l'aponévrose palmaire ».

Dans la séance du 19 avril 1892, à l'Académie de médecine, M. le Dr Berger, professeur agrégé, a présenté un malade sur lequel il avait traité avec succès une rétraction avancée de l'aponévrose palmaire, par l'autoplastie (méthode italienne modifiée).

Voici au sujet de cette communication le compte rendu de la séance faite par la *Semaine médicale* : « La condition à laquelle doit satisfaire tout procédé opératoire dirigé contre la rétraction de l'aponévrose palmaire est l'extirpation complète de toutes les parties de l'aponévrose qui sont atteintes par le processus inflammatoire chronique dont la rétraction est la conséquence ; tous les procédés consistant simplement dans la section des trousseaux fibreux, section suivie ou non d'opérations plastiques, se sont montrés inefficaces ; mais, pour pratiquer la dissection et l'excision de l'aponévrose palmaire d'une manière suffisante, il faut se créer une voie large ; d'ailleurs l'adhérence de la peau à l'aponévrose rétractée rend son isolement et sa conservation difficiles. Je propose, en conséquence, de sacrifier les téguments dans toute l'étendue de la région affectée de rétraction, de disséquer et d'exciser tous les faisceaux de l'aponévrose palmaire correspondant aux doigts sur lesquels se manifeste la flexion permanente ; enfin, de réparer la perte de substance ainsi créée par l'application d'un lambeau pris sur le tronc et laissé adhérent par son pédicule à son point d'origine, jusqu'à son entière adhésion à la surface qu'il doit recouvrir ».

Nous devons ajouter que si l'observation de M. Berger a été publiée avant la nôtre, l'opération que nous avons faite est antérieure de quelques mois. Notre travail était prêt quand nous avons eu connaissance de la communication de M. Berger à l'Académie.

Sans vouloir entrer dans les détails de tous les procédés opératoires dont la description est aujourd'hui connue de tout le monde, nous allons examiner quelle est la valeur de chacun d'eux, quelles sont leurs indications, en même temps quels sont les desiderata auxquels ils ne peuvent satisfaire.

Un fait domine dans l'histoire des méthodes employées : les opérateurs ne considérant dans la maladie de Dupuytren, que la lésion de l'aponévrose, ont dirigé tous leurs efforts dans le but de remédier à sa rétraction.

Les lésions de la peau étaient pour eux d'un ordre secondaire. En effet, n'avaient-ils pas observé maintes fois que la section de la peau, était insuffisante à permettre le redressement des doigts ; qu'il fallait aller plus loin, qu'il était nécessaire d'attaquer l'aponévrose dont le relâchement était immédiatement suivi du résultat attendu.

Mais, il ne s'agissait là que d'une guérison apparente. La récurrence était fatale à échéance plus ou moins longue et si certains opérateurs purent présenter des malades opérés depuis un certain temps sans récurrence, nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

Le professeur Tillaux dont l'autorité chirurgicale n'est contestée par personne, ne dit-il pas à ce sujet : « je n'ai pour mon compte jamais obtenu de résultat définitif : aussi mon avis est-il de s'abstenir en général de toute intervention ».

C'est qu'en effet, comme le dit très bien M. le professeur Tillaux, les malades ne se préoccupent de leur affection et ne réclament une intervention que lorsque le mal est arrivé à ses dernières limites.

C'est justement à cette époque, qu'on peut constater les lésions profondes et complexes de la peau qui rendent inefficaces tous les procédés opératoires dirigés contre les lésions cutané-aponévrotiques.

Il ne s'agit plus alors de sectionner, voire même d'exciser un lambeau aponévrotique : ce sera toujours une opération incomplète, les lésions de sclérose et de ratatinement du derme, continueront

à évoluer et deviendront bientôt à leur tour la cause d'une récidue.

Tous les procédés opératoires connus jusqu'alors, qu'il s'agisse de la méthode à ciel ouvert ou de la méthode sous-cutanée, restent fatalement impuissants à corriger la reproduction de la maladie.

C'est pour avoir méconnu ou incomplètement apprécié l'importance des lésions secondaires de la maladie de Dupuytren (lésion du derme et du tissu cellulaire sous-cutané) que les opérateurs ont eu à enregistrer tant d'insuccès immédiats ou définitifs.

Nous allons revenir sur l'étendue des lésions cutanées et nous verrons que c'est surtout en se basant sur leur étendue, sur leur gravité et leur profondeur qu'on sera logiquement amené à recourir à la méthode d'autoplastie, si on veut obtenir un résultat durable dans la maladie de Dupuytren. Mais avant, voyons quels résultats peuvent donner et ont donné les méthodes employées jusqu'à nos jours.

La première méthode en date est celle de Dupuytren.

Cet auteur, à qui nous devons la connaissance de la maladie qui porte son nom, avait localisé l'affection à l'aponévrose palmaire. La peau était pour lui indemne et constituait un facteur négligeable dans l'acte opératoire.

Sa méthode consistait à faire des incisions comprenant la peau et l'aponévrose au niveau des points malades. Elle est aujourd'hui complètement abandonnée.

L'auteur lui-même ne fut pas toujours très heureux dans ses interventions ; témoin l'observation citée par Jules Guérin, d'un jeune homme de 22 ans, opéré par Dupuytren, chez lequel les lésions n'avaient fait que s'aggraver après l'opération.

D'ailleurs les plaies consécutives n'étaient-elles pas faites pour

favoriser la formation de tissu de sclérose, inodulaire, propre à aggraver la rétraction de la peau.

La méthode de Goyrand a joui pendant longtemps en France d'une certaine réputation. Cet auteur incisait longitudinalement la peau au niveau des brides aponévrotiques puis disséquait les lèvres de la plaie à droite ou à gauche pour découvrir la corde de rétraction et terminait l'opération par une ou plusieurs sections de la bride fibreuse. Ce procédé, applicable à la rigueur dans les cas simples, alors qu'on a affaire à une lésion localisée à un ou deux doigts, ne pouvait nullement convenir aux cas où l'aponévrose palmaire était prise dans sa presque totalité. En outre, elle avait le gros inconvénient de laisser dans la plaie des résidus de sclérose qui ne demandaient qu'à se reformer.

Aussi les chirurgiens modernes ne tardèrent-ils pas à chercher une autre voie applicable aux cas plus complexes.

C'est ainsi que sont nés les procédés de Richet, de Bush et du professeur Lannelongue.

Ces trois procédés diffèrent fort peu dans le fond, la forme de l'incision seule les différencie :

Dans le procédé de M. le professeur Richet on fait une incision longitudinale aux deux extrémités de laquelle on fait tomber perpendiculairement deux incisions plus petites. On a de la sorte deux lambeaux cutanés en forme de volet qui permettent l'excision des brides aponévrotiques.

Bush a préconisé la taille d'un lambeau triangulaire dont le sommet regarde le talon de la main.

Le professeur Lannelongue a apporté une modification ingénieuse au procédé de Bush. La taille du lambeau est la même dans les deux cas, avec cette différence que dans le procédé du professeur

Lannelongue la dissection du lambeau cutané une fois terminée et l'extension pratiquée, la pointe du lambeau se trouve ainsi descendue et l'incision prend la forme d'un Y ; la suture des lèvres de la plaie complète l'opération.

Tous ces procédés sont passibles des mêmes reproches. En effet ils sont d'une exécution difficile sinon impossible dans certains cas, lorsque la libération de la peau ne peut se faire en raison des adhérences qui unissent le derme aux parties sous-jacentes. Dans ces cas-là il est impossible de constituer et de disséquer un lambeau cutané dont la nutrition ne serait pas compromise. De plus ils créent de nouvelles cicatrices dont la rétraction inodulaire ne tardera pas à produire de fâcheux résultats et une récurrence à brève échéance. Il est encore à remarquer que les lésions du côté des doigts qui peuvent exister et existent réellement sont laissées de côté, et pourtant elles constituent quelquefois une complication réelle de la rétraction de la paume de la main.

Trélat leur fait encore les reproches suivants : « Ces procédés, dit-il, ont l'inconvénient de diminuer, sinon de supprimer entièrement la possibilité d'une intervention ultérieure en cas de récurrence ». et il ajoute : « il faut être absolument certain d'obtenir la réunion immédiate, et c'est là une chose difficile, car on opère sur des tissus sclérosés, indurés, rétractés, qui n'ont pas une grande puissance plastique ».

Nous arrivons maintenant aux méthodes sous-cutanées. Elles consistent dans leur ensemble à pratiquer à l'aide d'un ténotome des sections sous-cutanées des brides de rétraction, et à opérer le redressement des doigts. Le procédé d'Astley Cooper, le premier en date qui fut exécuté la première fois par Bransbey Cooper dans un cas de rétraction de l'aponévrose plantaire, consistait dans la section

du cordon aponévrotique à l'aide d'un ténotome introduit sous la peau. Plus tard Adams, Noble Smith et dans ces derniers temps Trélat ont modifié la méthode en faisant des sections multiples sous-cutanées qui permettent un redressement plus complet des doigts.

Cette dernière méthode a surtout été mise en pratique par Trélat à qui elle paraît avoir donné d'assez bons résultats. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le passage des cliniques de Trélat publié après sa mort :

« Il faut abandonner définitivement les opérations par lesquelles on réséquait les brides fibreuses et la peau malade. A quoi bon en effet créer une perte de substance qui devra fatalement reproduire un tissu inodulaire et éminemment rétractile », et plus loin : « comme la lésion dans son essence est constituée par deux facteurs principaux : la traction de la peau vers l'aponévrose, par des adhérences se resserrant progressivement, et d'autre part, le raccourcissement et l'épaississement des tractus digito-palmaires, il faut une double manœuvre, — libération des adhérences cutanées, section des brides fibreuses — pour permettre de redresser les doigts fléchis ».

Le procédé opératoire de Trélat est le suivant : Après avoir préparé l'assouplissement de la peau par des applications préliminaires de la pommade de Vulpian, on pratique la ponction de la peau à l'aide d'un ténotome dont l'extrémité arrondie est coupante. Ceci fait, on libère les adhérences cutané-aponévrotiques puis on place de champ la lame tranchante pour opérer des sections transversales multiples des brides fibreuses.

Certes, ce procédé est ingénieux et peut donner de bons résultats dans les cas où les lésions ne sont pas très profondes ; cependant il n'est pas d'une application générale, et même dans les cas où il semblerait très indiqué il offre de sérieux inconvénients.

Il suffit en effet que la peau présente des nodules fibreux formant une véritable plaque de blindage et même de petits fibromes pour qu'on soit obligé de recourir à une opération complémentaire, à savoir : l'excision suivie d'une suture avec toute les conséquences d'un tissu nouveau de cicatrice. En outre, dans les tentatives de redressement si on est obligé d'employer une certaine force, la peau se déchire dans les points où elle se trouve amincie, au niveau des crevasses, des dépressions formées par le capitonnage de la peau. De plus, il faut compter que le redressement complet des doigts soit impossible : le fait s'est présenté maintes fois. Jean Pierre (thèse de Paris, 1882, p. 50) cite deux cas malheureux où (malgré l'habileté bien connue des chirurgiens qui ont opéré) il a été impossible par la section sous-cutanée seule d'obtenir une extension complète.

Gangolphe dans l'article paru dans le *Lyon médical*, cité plus haut, rapporte l'observation d'un malade opéré par la méthode de Trélat chez lequel il pratiqua 15 ou 16 ténotomies : « Les tentatives de redressement, dit-il, sont laborieuses à cause de la sclérose et des adhérences de la peau. Dans les points correspondant aux nodules et aux crevasses, la peau se déchire, et nous sommes forcés d'inciser longitudinalement dans l'étendue de 4 ou 5 millimètres pour extirper avec la pince à griffes et les ciseaux courbes de petits fragments scléreux ».

Comme on le voit, cette méthode bien que supérieure aux précédentes, n'est pas exempte de reproches ; en tout cas, si elle a pu donner de bons résultats, elle ne peut être appliquée à tous les cas. Nul doute qu'elle puisse échouer dans les cas de rétraction compliquée d'adhérences cutané-aponévrotiques trop profondes, et puis elle ne met pas à l'abri des récidives.

En résumé, de tous les procédés opératoires appliqués au traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire, il n'y en a pas une qui puisse garantir une cure radicale et mettre à l'abri d'une récédive. Voilà le fait qui domine et qui ressort de l'analyse rapide que nous venons de faire.

S'il est vrai que certains procédés et surtout la méthode de Trélat puissent donner des résultats satisfaisants, aucun d'eux ne peut être d'une application générale. Il est même des cas où, devant l'étendue des lésions, les chirurgiens ont reculé et ont conseillé l'abstention.

La connaissance la plus approfondie des lésions de la peau et des articulations pouvait seule donner la clef du problème à résoudre quand on se trouve en face d'un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire qui vient réclamer une intervention.

C'est d'après un examen attentif de l'état de la peau, le degré d'épaississement des adhérences, de l'étendue de la nappe aponévrotique sclérosée, qu'il faudra se décider en faveur d'un procédé plutôt que d'un autre. Aussi allons-nous étudier plus complètement les lésions dont l'importance, selon nous, doit commander la voie opératoire.

### Anatomie pathologique.

Dupuytren, qui, le premier, donna une description anatomique de la rétraction de l'aponévrose palmaire, localisa le processus de sclérose à l'aponévrose exclusivement. Cet auteur rapporte qu'un lambeau de peau enlevé à une main atteinte de rétraction put être étalé facilement, et que les plis et les rides qu'il présentait sur le vivant disparurent facilement par la traction. Il est probable que Dupuytren avait observé des cas où les lésions cutanées n'étaient pas très accentuées. C'est ce qui explique pourquoi il systématisa la lésion à l'aponévrose sans tenir compte des lésions cutanées.

Au contraire, Jules Guérin avait été frappé de l'état particulier que présentait la peau : « La peau de toute la face palmaire est épaisse, dure, rugueuse, comme changée de nature et même entre le pouce et l'index, le tissu inodulaire est tellement évident qu'on incline à croire au premier abord qu'il y a eu là quelques brûlures » ; et plus loin, l'auteur ajoute : « Sans nier la participation du tissu cellulaire et de l'aponévrose, nous croyons cependant que l'affection principale était celle de la peau, tissu fibreux aussi, susceptible conséquemment de rétraction et qui semblait avoir ici changé de nature et s'être transformé en tissu inodulaire. Il y avait d'ailleurs adhérence intime entre la peau et les tissus sous-jacents, il était impossible de lui faire le moindre pli, bien plus, les plis naturels étaient la plupart effacés ».

Cruveilhier dans son *Traité d'anatomie pathologique* est encore

plus explicite : « Ce sont, dit-il, des expansions qu'envoie l'aponévrose palmaire au derme de la paume de la main, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, et le derme cutané lui-même qui sont affectés de cette corrugation morbide qui plisse la peau et la ramasse en un tampon calleux, inextensible, adhérent et douloureux par la pression ou la traction. L'aponévrose palmaire proprement dite y est complètement étrangère ».

Gerdy, dans son *Traité de chirurgie pratique*, s'exprime de la sorte : « La peau est évidemment plus dure, moins extensible, on ne peut la pincer, ni en faire un poli, elle est unie par un tissu cellulaire plus adhérent aux parties sous-jacentes, elle est moins mobile parce que le tissu cellulaire est aussi rétracté et moins extensible qu'à l'état normal. La dissection démontre que l'épiderme est plus épais, le derme plus ferme et en quelque sorte hypertrophié et rétracté ».

Malgaigne est du même avis que les auteurs précédents : il refuse à l'aponévrose palmaire toute participation dans la maladie. C'est la peau uniquement qui est le siège des lésions.

Baum, de Dantzig, insiste aussi sur l'existence des lésions de la peau, et il ajoute que c'est Pitha à qui on doit les premières descriptions des lésions de la peau qui accompagnent la maladie de Dupuytren.

Costilhes rapporte dans sa thèse une observation inédite, due au Dr Letulle, où l'examen histologique pratiqué démontra les lésions suivantes de la peau : « La paume de la main est le siège d'une altération particulière : au niveau du pli transversal qui correspond à la flexion du petit doigt, sur la main et sur le trajet du tendon fléchisseur, existe une dépression d'apparence cicatricielle large environ de 3 millim., arrondie et faisant, au niveau de la surface de

la peau, une cavité profonde de 2 à 3 millim., creusée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. L'épiderme qui entoure cette dépression est manifestement épaissi et on peut en enlever une couche épaisse par le raclage; le fond est irrégulièrement comblé par des masses épidermiques cornées qui tombent après l'application d'une pommade iodurée. On constate alors une atrophie considérable du derme qui semble s'être soudé intimement à l'aponévrose sous-jacente. Dans le reste de la paume de la main les plis de flexion sont très accusés ».

Velpeau constate lui aussi que les lésions sont complexes : « Il est à remarquer, dit-il, que la bride anormale n'est pas constamment formée par l'aponévrose. Chez un malade que j'ai opéré en 1833, à la Pitié, c'était évidemment une transformation fibreuse de la couche sous-cutanée et je ne serais pas étonné qu'il en fût souvent ainsi » ; et plus loin : « la rétraction permanente des doigts, si bien décrite par Dupuytren, résulte de la transformation en bride fibreuse d'une partie de la couche sous-cutanée du devant des phalanges et non du raccourcissement de l'aponévrose palmaire ». Le tissu cellulaire qui double le derme hypertrophié et rétracté participe à ses propriétés ; les altérations s'étendent à l'aponévrose palmaire, à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané des doigts et aux prolongements fibreux ou fibro-cellulaires qu'ils reçoivent de l'aponévrose palmaire, peut-être, et probablement aux ligaments (Gerdy, Nélaton) latéraux des doigts qui se raccourcissent, n'étant plus suffisamment chaque jour étendus.

En face des chirurgiens qui faisaient jouer un rôle considérable aux lésions de la peau, il faut placer ceux qui, à l'exemple de Dupuytren, localisaient le processus de sclérose dans les tissus aponévrotiques.

Goyrand, dans son mémoire, incrimine surtout les brides fibreuses qui réunissent l'aponévrose palmaire aux tissus de la paume de la main (1). Après lui, Maslieurat-Lagémard accepta entièrement la théorie de Dupuytren, dans son mémoire sur l'anatomie de l'aponévrose palmaire.

Maisonneuve présenta à la Société anatomique (2) une main atteinte de rétraction de l'aponévrose palmaire: la déformation disparut aussitôt que fut sectionnée la bride aponévrotique, Denonvilliers se rangea également du côté de Dupuytren.

Richer, dans une observation très détaillée, conclut que c'était l'aponévrose seule qui était en jeu. Dans le cas de Ch. Rémy « la dissection de la main gauche fait voir que la lésion porte uniquement sur l'aponévrose palmaire qui est épaissie dans sa portion palmaire ».

Nous voyons donc que la plupart des auteurs ont étudié et bien vu les lésions cutanées qui accompagnent la rétraction de l'aponévrose palmaire. Les divergences d'opinion tiennent à ce fait que les cas observés n'étaient pas tous à la même période d'évolution de la maladie. En outre, suivant qu'on se trouvait en présence de lésions plus accentuées, soit de l'aponévrose uniquement, soit au contraire de la peau, on avait une tendance à faire jouer exclusivement, soit à l'aponévrose, soit au tégument, le principal rôle dans la pathogénie de l'affection. C'est alors que commençaient les théories et il est à remarquer à ce propos que la plupart des auteurs qui faisaient de la lésion cutanée, un facteur important de la maladie, n'en continuaient pas moins le traitement dirigé contre l'élément, rétraction de l'aponévrose. Mais comme le fait remarquer

(1) *Mémoire à l'Académie de médecine*, t. III, p. 489.

(2) *Bulletins de la Société anat.*, 1877, p. 285.

justement M. le professeur Tillaux quand il se demande si c'est bien l'aponévrose palmaire qui est en cause : « Ce qu'il y a d'évident, c'est qu'arrivée à la période d'état la lésion s'est étendue aux couches sous-cutanées et à la peau elle-même devenue complètement adhérente : il existe alors une véritable sclérose des téguments de la paume de la main ».

Voilà en effet quelle est l'évolution de la maladie : il est évident que l'affection ne se présentera pas sous la même forme à toutes les périodes, qu'un traitement qui pourra peut-être être suffisant au début deviendra d'une inefficacité absolue plus tard, à une époque où les lésions seront devenues plus complexes et plus profondes.

Nous allons donc étudier maintenant quelles sont les indications qui doivent guider l'opérateur dans le choix de la voie à suivre.

### Indications.

Le principe général qui doit inspirer le chirurgien en face d'un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire, est de ne pas attendre trop longtemps pour intervenir ; il doit se guider sur l'âge du sujet, sa constitution, sa profession et surtout sur l'examen attentif des lésions de la peau, de l'aponévrose, et des articulations des doigts.

AGE DU SUJET. — D'une manière générale, le sujet est-il jeune, on devra se hâter d'intervenir, en commençant par l'emploi des procédés classiques et parmi ceux-ci, nous recommanderons de préférence, la méthode des incisions multiples sous-cutanées (méthode de Trélat). Si la maladie continue à évoluer, si la récurrence menace de se montrer, il ne faut pas hésiter à recourir à la méthode radicale que nous conseillons, qui consistera dans l'extirpation totale de tous les tissus, peau et aponévrose et l'autoplastie par la méthode italienne modifiée.

Si, au contraire, le sujet est âgé, atteint de tares organiques, doué de peu de résistance, toutes conditions qui augmentent dans des proportions notables les dangers de l'opération et compromettent les chances d'un bon résultat, on se contentera de pratiquer des sections sous-cutanées multiples. Mieux encore vaudrait peut-être s'abstenir de toute intervention. On basera sa conduite sur l'insistance du malade à réclamer une intervention.

La *profession* du sujet et sa condition sociale doivent égale-

ment entrer en ligne de compte. Il est évident qu'un ouvrier, dont la profession expose les mains à des pressions constantes, et qui a besoin de travailler, devrait être traité énergiquement et radicalement le plus tôt possible. Ce qu'il faudra surtout éviter dans ces cas-là, c'est de faire des opérations ayant comme résultat de déterminer à la paume de la main la formation de tissu cicatriciel ; outre que la rétraction pourrait en être la conséquence, la présence de points inodulaires, dont la sensibilité est toujours plus ou moins vive, serait une gêne constante dans l'accomplissement des fonctions de la main.

Mais, c'est surtout l'examen minutieux des lésions de la peau, de l'aponévrose et des articulations digitales qui devra faire l'objet des plus vives préoccupations ; c'est ce qui nous permettra d'établir des catégories à chacune desquelles il faudra appliquer un traitement différent.

Prenons le cas le plus simple : il s'agit par exemple d'un malade porteur d'une simple bride longitudinale avec conservation de la peau qui aura gardé sa composition normale et sa souplesse sur les tissus profonds ; l'aponévrose seule est rétractée, il n'y a pas de lésions ailleurs que dans la paume de la main ; le sujet est jeune : le procédé de choix sera une incision longitudinale dans le sens de la bride aponévrotique, accompagnée de l'extirpation de celle-ci. L'extension du doigt maintenue à l'aide d'une palette, des séances de massage continuées pendant un certain temps, permettront d'assurer un bon résultat immédiat.

Il sera toujours temps, si le processus sclérosique continue sa marche en avant, de recourir plus tard à l'autoplastie.

Si maintenant, nous sommes en présence de brides multiples sous-cutanées avec une peau saine, la méthode précédente appli-

quée dans ces cas aurait pour inconvénient de créer à la paume de la main plusieurs cicatrices qui pourraient devenir considérablement gênantes ; c'est alors qu'on devra commencer par les sections multiples sous-cutanées, quitte en cas de récurrence à changer de procédé.

Nous arrivons maintenant aux cas plus complexes où la peau est considérablement sclérosée, où le derme s'est fusionné avec le tissu cellulaire sous-cutané également rétracté, où l'aponévrose présente des lésions anciennes et très étendues, où le revêtement de la face palmaire des doigts est lui-même intéressé, où les articulations phalangiennes sont plus ou moins ankylosées ; dans ces cas-là, toutefois il n'y a plus place pour des opérations palliatives : il y a des durillons, des nodules scléreux, voire même des véritables fibromes qui nécessitent une excision suivie de perte de substance inévitable, il n'y a plus à hésiter : il faut sacrifier tout et recourir au procédé autoplastique.

Nous devons ajouter que, même avec ce procédé, on aura quelquefois des inconvénients sérieux pour obtenir un redressement parfait et un retour ad integrum du jeu des articulations, à cause des lésions profondes ostéo-articulaires coexistantes. C'est pour ce motif qu'il ne faudra jamais attendre, pour intervenir radicalement, que les lésions soient trop avancées pour compromettre les bénéfices qu'on est en droit d'attendre d'une autoplastie pratiquée dans des conditions avantageuses.

### Opération.

La méthode d'autoplastie que nous avons employée et que nous conseillons dans les cas complexes de la maladie de Dupuytren consiste, d'après la définition de M. Berger, dans la transplantation sur une surface d'avivement, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir.

Sans insister ici sur l'historique de cette méthode autoplastique, disons cependant qu'elle constitue une modification apportée à la méthode italienne, inventée par Tagliacozzi et désignée aussi sous le nom de méthode allemande (Carl. Ferdinand Graefe), greffe cutanée par approche (Poncet de Lyon), Transplantation von frizel gestielten aus entfernten Körpertheilen (H. Maas).

C'est surtout aux travaux de M. Berger que nous devons la connaissance approfondie de cette méthode, c'est ce chirurgien qui, par les modifications et les perfectionnements dans l'exécution du procédé opératoire, a fait de cette méthode une véritable conquête chirurgicale destinée à rendre les plus grands services.

Plusieurs fois cette méthode a été appliquée au traitement des flexions permanentes des doigts et de la main à la suite de cicatrices vicieuses avec des résultats très satisfaisants, mais nous n'avons pas eu connaissance qu'elle ait jamais été utilisée pour remédier aux déformations produites par la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Dans tout ce qui a rapport à la technique opératoire que nous avons suivie dans notre observation, nous avons fait un large emprunt au travail de M. Berger. Et dans la description qui va suivre nous ne pourrions mieux faire que de reproduire en grande partie les idées émises par ce chirurgien.

Nous diviserons l'opération en deux parties : la première comprendra les préliminaires, la deuxième le manuel opératoire.

PRÉLIMINAIRES. — A l'exemple de M. Berger, nous étudierons successivement :

- 1° Le choix de la partie sur laquelle doit être pris le lambeau.
- 2° La détermination de la forme, des dimensions du lambeau et de la direction de son pédicule.
- 3° L'attitude à donner au membre après l'opération.
- 4° La construction de l'appareil destiné à immobiliser les parties après l'opération.

CHOIX DE LA PARTIE SUR LAQUELLE DOIT ÊTRE PRIS LE LAMBEAU.  
— A notre point de vue spécial, quatre régions sont à la rigueur dans des conditions favorables pour prêter une étoffe à la paume de la main, ce sont : la face antéro-externe de la cuisse, le dos, la région fessière et la poitrine.

Quelle est de ces quatre régions celle qui paraît offrir le plus d'avantages ? La peau de la cuisse présenterait les qualités d'épaisseur et de résistance favorables pour pouvoir être substituée à la peau du creux de la main, mais il nous semble que la position déclive du membre inférieur que nécessiterait la coaptation des parties ne serait pas favorable pour la nutrition du lambeau et le prompt rétablissement de la circulation. De plus la position ne pour-

rait être maintenue qu'à l'aide de bandages assez compliqués, elle aurait en outre l'inconvénient d'immobiliser au lit le malade et ne lui permettrait que des mouvements très limités. Aussi rejetons-nous complètement cette voie.

La peau de la fesse, elle aussi, peu sensible, bien doublée à sa face profonde, semblerait pouvoir facilement être substituée au lambeau palmaire; l'absence de poils serait également une condition avantageuse, mais ici le même inconvénient que précédemment, à savoir : la nécessité où l'on se trouverait d'obliger le malade à un repos forcé et à la construction d'un appareil embarrassant. Cependant, à défaut d'une autre région, celle-ci nous paraîtrait assez favorable malgré la torsion un peu pénible que devrait subir forcément la main.

Quant à la région du dos, quoique paraissant apte à fournir un lambeau d'emprunt, ce ne serait que dans les cas où pour des raisons diverses, on serait dans l'impossibilité d'emprunter aux régions précédentes.

Il nous reste à examiner les avantages que peut présenter la dernière région, à savoir : la paroi thoracique. C'est à cette partie que nous avons fait l'emprunt de notre lambeau pour les raisons suivantes : D'abord il est facile d'amener la main à la hauteur de la région mammaire et de l'y maintenir dans une bonne attitude à l'aide d'un bandage très simple.

La nouvelle attitude du patient sera le moins pénible ; il pourra marcher, se promener et dormir dans les positions variées. Le lambeau cutané, bien que ne présentant pas une épaisseur et une dureté aussi grande que la peau de la fesse, aura des qualités de souplesse qui compenseront dans une certaine mesure cette infériorité.

Il est nécessaire bien entendu qu'il n'y ait pas de poils à ce niveau; ce n'est que dans ce cas que l'on pourrait substituer au lambeau thoracique, le lambeau fessier ou dorsal.

En résumé, nous conseillons pour tous les motifs énoncés ci-dessus, de prendre le lambeau d'emprunt sur le tronc toutes les fois qu'on trouvera une place suffisante dépourvue de poils.

DÉTERMINATION DE LA FORME, DES DIMENSIONS DU LAMBEAU ET DE LA DIRECTION DU PÉDICULE. — Il faut que la forme du lambeau d'emprunt soit calquée aussi exactement que possible sur celle de la surface d'avivement. Avec une certaine habitude, cela peut se faire sans prendre les mesures.

Mais pour éviter le désagrément de retailler le lambeau, il est préférable, la surface d'avivement une fois pratiquée, d'en prendre les dimensions pour les reporter sur une feuille de papier ou de taffetas que l'on appliquera ensuite sur la région d'emprunt.

Quelles sont les dimensions à donner au lambeau relativement à celles du champ opératoire qu'il doit recouvrir? M. Péan estime qu'elles doivent être un tiers plus étendues que celles de la surface avivée: c'est également l'opinion de M. Berger. En tout cas, il ne faut pas craindre de faire trop grand: il sera toujours temps de retrancher ce qui pourra être en trop.

La *direction* du pédicule présente des particularités importantes à considérer. Certains auteurs veulent qu'il regarde la racine du membre. M. Berger n'attache aucune importance à cette particularité.

Il nous semble, cependant, que l'orientation du pédicule doit obéir aux deux préceptes suivants: 1° sa direction doit être telle, que dans la nouvelle attitude à donner au membre, elle puisse favo-

riser une coaptation plus parfaite et éviter le moins de pression et de tiraillement possibles ; 2° il faut en outre se baser sur la distribution artérielle de la région ; connaître la topographie des artères plus volumineuses, afin de pouvoir leur confier en toute sécurité l'irrigation de la base d'implantation du lambeau.

C'est, sans doute, pour obéir à ce dernier précepte, que certains auteurs ont conseillé de tourner le pédicule du côté de la racine des membres. Pour la fesse et pour d'autres régions, nous serions disposé à nous conformer à cette règle. Mais, dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire quand il s'agit de transplanter un lambeau thoracique à la paume de la main, nous voyons deux inconvénients à cette manière de faire.

C'est d'abord l'obligation de porter le membre supérieur dans une adduction et une élévation beaucoup plus considérables, la pointe du lambeau se trouvant forcément remontée très haut vers l'épaule.

En outre, la présence d'un réseau artériel très serré au niveau du bord externe du sternum, à la partie antérieure des espaces intercostaux, nous paraît devoir assurer une irrigation plus parfaite du pédicule que celle qui pourrait lui être fournie par les branches collatérales de la sous-clavière.

C'est, au reste, cette voie d'irrigation que nous avons utilisée chez notre malade et nous rappellerons ici combien a été puissant le jet artériel au moment de la section du pédicule, combien ont été rapides le rétablissement de la circulation, et la nutrition du lambeau.

ATTITUDE A DONNER AU MEMBRE APRÈS L'OPÉRATION. — CONSTRUCTION DE L'APPAREIL DESTINÉ A IMMOBILISER. — Nous nous sommes

étendu suffisamment dans la description de notre opération sur ces deux points pour que nous n'ayons pas à y revenir longuement.

Si nous avons donné la préférence au lambeau thoracique, c'est que la position à donner au membre supérieur est dans ce cas très naturelle, ne gêne nullement le malade et peut être supportée pendant longtemps : il n'est pas nécessaire de recourir plusieurs fois avant l'opération à une gymnastique préparatoire destinée à habituer progressivement le malade à sa nouvelle attitude.

Il n'en serait pas de même, si on avait affaire à un lambeau fémoral, fessier ou dorsal.

Les mêmes remarques peuvent être appliquées au choix et à la construction de l'appareil immobilisateur.

Quoi de plus simple que la confection d'une cuirasse thoracique ?

Quelques tours de bande plâtrée, et la contention est assurée.

Il n'en serait pas de même, si on avait à maintenir la main appliquée au niveau de la fesse ou du dos.

On serait obligé de construire un véritable échafaudage dont les difficultés d'exécution pourraient bien compromettre la coaptation et la ligne de suture du lambeau.

Nous ne reviendrons pas sur les détails d'exécution : qu'il nous soit permis cependant d'insister sur un point dont l'importance est capitale. Avant de procéder à l'application de la bande plâtrée, il est de toute nécessité d'interposer entre la paroi et l'appareil, surtout au niveau de l'aisselle et de la pointe du coude, une couche épaisse d'ouate destinée à protéger la peau contre la pression continue que devra exercer la bande plâtrée. Si on néglige cette précaution, il se produira des excoriations et le malade ne tardera pas à accuser au niveau des points comprimés une vive douleur qui obligera à lever l'appareil prématurément.

## Manuel opératoire.

L'opération comprend plusieurs temps, ce sont : 1° l'avivement, 2° la dissection du lambeau, 3° la suture, 4° le pansement et l'application de l'appareil.

Le sujet est endormi, et comme nous l'avons fait remarquer plus haut, il est nécessaire que la chloroformisation soit poussée à fond pendant le troisième et le quatrième temps de l'opération. A ce moment, le moindre mouvement de la part du malade pourrait devenir la source d'accidents fâcheux.

L'antisepsie du champ opératoire est réalisée au moyen des procédés habituels. De plus, il est de toute rigueur de procéder à l'application de la bande d'Esmarch, de façon à opérer à sec et de se rendre un compte exact des parties au cours de la dissection.

1° AVIVEMENT. — On doit exciser toutes les parties malades, peau, tissu cellulaire sous-cutané et aponévrose en dépassant largement les limites de la sclérose. Lorsque la peau de la face palmaire des doigts est malade, il ne faut pas hésiter à la sacrifier.

Chez notre malade nous avons pratiqué l'ablation de la peau dans un premier temps afin de nous rendre un compte exact du degré d'adhérence avec les parties sous-jacentes ; mais on pourra à la rigueur tailler d'un seul coup un lambeau comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à la couche vasculaire. Quand on détachera la face profonde de l'aponévrose, il faudra prendre de

grandes précautions pour ménager l'arcade palmaire superficielle qui lui est intimement accolée, ainsi que les nerfs nombreux de la main.

Mais c'est principalement au niveau des articulations phalangiennes que l'existence de brides nombreuses, allant s'insérer sur la surface ligamenteuse et la gaine des tendons fléchisseurs, rendra la dissection laborieuse et délicate.

Il importe, en effet, de ne pas ouvrir la coulisse tendineuse, dans la crainte de déterminer la formation d'adhérences du tendon avec sa gaine, adhérences qui pourraient compromettre dans la suite les mouvements des doigts.

2° DISSECTION DU LAMBEAU. — Après avoir pris toutes les mesures nécessaires, pour que le lambeau soit d'un tiers plus grand que la surface avivée ; après avoir procédé à l'antisepsie de la paroi thoracique, on taille le lambeau en comprenant tous les tissus jusqu'au fascia superficialis inclusivement.

Quand on arrive vers le pédicule, comme le dit M. Berger, il faut entamer l'aponévrose « afin d'être plus sûr de ne pas couper les vaisseaux qui abordent le lambeau par sa face profonde. Ménager ceux-ci doit être le principal objectif du chirurgien pendant ce temps de l'opération ».

Quand une fois la dissection est terminée, il faut s'assurer si le lambeau s'adapte exactement, si son pédicule est assez long. Il est préférable, pour empêcher tout tiraillement, qu'il y ait un peu trop d'étoffe ; cela n'offre d'ailleurs aucun inconvénient. Avant d'aller plus loin, il faut procéder à l'occlusion de la plaie thoracique : on fera la suture aux crins de Florence en ayant soin d'ajouter aux sutures superficielles deux ou trois fils profonds, quand on approchera de la base du lambeau.

3° SUTURE DU LAMBEAU. — Une fois la dissection faite, et l'occlusion de la plaie achevée, il faut procéder à la revision et à la toilette du lambeau.

Il est bien rare que celui-ci soit parfaitement taillé, qu'il n'y ait pas quelques modifications à apporter.

Il sera nécessaire de régulariser ses bords, d'ébarber le pannicule graisseux au niveau des lèvres, afin d'avoir une coaptation parfaite : ce sont là des détails très importants dont l'exécution contribue pour une large part à assurer la réussite de l'opération. La bande d'Esmarch aura été enlevée, et l'on aura soin d'assurer, avant d'aller plus loin, une hémostase parfaite de la surface avivée.

La suture du lambeau constitue le temps difficile de l'opération. Il est nécessaire que le chirurgien soit très bien secondé dans les manœuvres délicates et compliquées auxquelles il devra se livrer. Les positions diverses et souvent forcées qu'on doit prendre sont très pénibles, et comme l'opération est de longue durée, il faut avoir beaucoup de patience et d'énergie, pour ne laisser rien au hasard, et s'assurer toujours de l'affrontement minutieux des lèvres de la plaie.

Il est préférable, croyons-nous, de se servir de crins de Florence pour faire les sutures : celles-ci seront très rapprochées les unes des autres et assez fortement serrées. Au fur et à mesure qu'on avancera, on prendra la précaution d'étancher soigneusement la plaie et d'enlever les petits caillots qui auraient pu se former entre les deux tranches cruentées.

Est-il nécessaire de faire des sutures profondes, en capitonnage, comme le recommandait Maas ? M. Berger ne le pense pas. Pour notre compte, nous croyons que lorsqu'on est en présence d'un lambeau de moyennes dimensions, cette précaution n'est pas utile ;

ce n'est que lorsqu'on a affaire à un vaste lambeau, flottant pour ainsi dire, qu'on pourra les utiliser, dans le but d'assurer une immobilité plus parfaite des deux surfaces en rapport.

4° PANSEMENT ET APPLICATION DE L'APPAREIL. — Nous ne reviendrons pas sur ce temps de l'opération. La description que nous en avons donnée plus haut nous dispense d'insister sur les détails de ce temps opératoire.

Les soins consécutifs doivent nous occuper tout particulièrement. Quel est le temps nécessaire pour que le lambeau ait contracté des adhérences suffisantes pour assurer sa nutrition? Sur ce point les auteurs ne sont pas tous d'accord. On ne peut, croyons-nous, assigner une limite invariable. Cela doit dépendre de diverses circonstances ; en première ligne, de la vitalité générale des tissus, propre à chaque individu ; puis de la régularité plus ou moins grande de la ligne de suture, et enfin de l'état des parties sur lesquelles on a opéré.

Dans un cas de flexion permanente de l'annulaire de cause cicatricielle, James Adam sectionna le pédicule le 8<sup>e</sup> jour : il se produisit un peu de gangrène, mais le résultat fut satisfaisant.

Socin dans un cas attendit le 10<sup>e</sup> jour, mais il fut obligé de recourir à des greffes épidermiques. M. Berger dans ses premières opérations attendait 3 et 4 semaines. Dans un cas il coupa le pédicule le 9<sup>e</sup> jour avec un bon résultat.

Aujourd'hui, il a modifié un peu sa pratique. C'est ordinairement vers le 15<sup>e</sup> jour qu'il fait sauter le pont d'implantation. Mais il faut savoir qu'on pourra être forcé de visiter la plaie et faire des pansements avant d'opérer la section du pédicule. C'est lorsque le malade accusera une gêne trop grande, ou des douleurs localisées, ou qu'enfin la température viendra à s'élever qu'il faudra se déci-

der à renouveler le pansement. C'est évidemment une circonstance défavorable : ainsi faudra-il user des plus grandes précautions pour éviter une désunion de la plaie et un tiraillement des lambeaux.

Avant d'opérer la section du pédicule, il faut savoir si on fera la réunion immédiate, ou au contraire si on aura recours, à l'exemple de M. Berger, à une autoplastie secondaire du pédicule. Cela dépendra de l'état du lambeau et de son degré de vitalité. Si on est en présence d'un lambeau bien vivant, nous croyons qu'il y a intérêt à tenter une réunion immédiate.

Le sujet sera soumis à la chloroformisation.

A l'aide d'un bistouri bien affilé ou d'une bonne paire de ciseaux, on opérera la section du pédicule.

Si quelques artérioles donnent un peu de sang, on les pincera pendant quelques minutes. Puis on procédera à l'avivement de la surface palmaire et à la toilette du pédicule. Celui-ci sera toujours trop gros, trop irrégulier ; il sera nécessaire d'en faire une taille minutieuse pour pouvoir l'affronter avec la surface d'avivement correspondante.

La suture n'offre aucune particularité importante à étudier.

Si au contraire, on a des craintes pour la vitalité du lambeau, il faudra se conformer aux préceptes de M. Berger : c'est-à-dire, faire le traitement du pédicule en deux temps.

Ce n'est qu'au bout de quinze jours, qu'on tentera la réunion secondaire du pédicule, après avivement des deux surfaces qui devront être mises en rapport.

Dans certains cas, la vitalité du lambeau pourra sembler compromise ; l'épiderme et les parties superficielles du derme se détacheront sous forme de larmes mortifiées ; quelques points de suture

pourront ne pas tenir. Il ne faudra pas s'effrayer outre mesure : ce sont là des modifications de peu d'importance, qui ne troubleront en rien la marche des phénomènes de réparation.

5° SOINS CONSÉCUTIFS. — Pendant les premiers temps, le lambeau sera d'un effet très disgracieux par la saillie notable qu'il fera au-dessus des parties voisines, et par la coloration différente, plus blanche que celle de la paume de la main. Mais, peu à peu, ces différences s'atténueront, au point de disparaître presque complètement au bout de très peu de temps.

Ce qui est bien plus important à considérer, c'est l'étude du massage et de la gymnastique qu'on devra faire subir au lambeau et aux doigts.

Du côté du lambeau, les manœuvres de massage devront être faites tous les jours, dans le but de favoriser la circulation et la nutrition, d'aplanir progressivement le relief qu'il forme au-dessus des parties environnantes ; enfin, d'entretenir et de développer sa souplesse et sa mobilité sur les couches profondes.

Du côté des doigts, des mouvements d'extension et de flexion devront être pratiqués dans toutes leurs articulations, dans le but de combattre les raideurs articulaires et tendineuses qui n'auront fait que s'accroître pendant le repos forcé qu'aura nécessité l'adhérence du lambeau.

Quant à l'état de la sensibilité, nous avons vu que chez notre malade, elle n'était revenue que fort tard. Il n'en a pas toujours été ainsi ; dans certains cas on l'a vue apparaître le 20<sup>e</sup> jour. Le fait n'a pas une grande importance, si on considère que les troubles trophiques sont d'une extrême rareté.

## CONCLUSIONS

La rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) est une affection qui est justiciable de divers traitements, suivant l'étendue des lésions.

Dans les cas simples, il est possible d'obtenir des résultats satisfaisants à l'aide de procédés connus jusqu'alors.

Pour ceux-ci, la méthode des sections multiples sous-cutanées (méthode anglaise, Trélat) nous paraît devoir mériter la préférence.

Il est des cas où les lésions sont si étendues et si complexes, où la peau en est si fortement sclérosée et adhérente que les méthodes employées jusqu'ici sont d'une inefficacité absolue.

C'est dans ces cas que nous avons proposé un procédé d'autoplastie par la méthode italienne modifiée, en nous basant sur le principe suivant, à savoir : la substitution d'une peau saine à une peau sclérosée et malade.

Notre méthode nous paraît devoir être appliquée secondairement toutes les fois qu'on aura échoué avec l'emploi des autres procédés ; elle devra être utilisée d'emblée lorsqu'on se trouvera en présence des cas complexes.

---

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUD.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE









